

がん補償制度のご案内

がんによる闘病、休診に備える補償制度を、ぜひご検討ください！

がんを手厚く補償！

団体割引の適用で保険料が割安！

条件を満たせば再発・転移時も補償！

割安な保険料
団体割引

30%
適用

団体保険期間：2025年4月1日(火) 16時から2026年4月1日(水) 16時まで

がんは
気になる病気よね...

もしものがんのリスクに備えて「がん補償」があると安心です。

日本の「がん（悪性新生物）」の
総患者数は、約465万人！

さらに

心配なのは、医療費！

医療費・自己負担額の例

(胃がんで15日間入院したケース)

医療費の自己負担額 176,620円
差額ベッド代他 133,000円

合計 約30.9万円

※70歳未満、月給27万円以上51.5万円未満の給与所得者の例
※医療費の自己負担額は高額療養費制度を利用した場合
(実際の自己負担額は個別のケースにより異なります。)

【出典】(公財) 生命保険文化センター

「医療保障ガイド」(2022年10月改訂版)をもとに東京海上日動にて作成

主ながん（悪性新生物）の患者数 (単位：万人)

悪性新生物	総数	男性	女性
胃	28.1	18.7	9.5
結腸および直腸	32.4	16.8	15.6
肝および肝内胆管	8.9	6.2	2.7
気管、気管支および肺	32.8	19.5	13.4
乳房	83.8	0.6	83.2

※総患者数は、平均診療間隔を用いて算出するため、男性と女性の合計が総数に合わない場合があります。

【出典】「令和2年患者調査」(厚生労働省)をもとに東京海上日動にて作成

一生のうち、およそ2人に1人が
がんと診断されるといわれています。

だから

まとまった資金の

準備ができると安心です。

このチラシは団体総合生活保険の概要についてご紹介したものです。ご加入にあたっては、必ず「重要事項説明書」をよくお読みください。ご不明な点等がある場合には、代理店までお問い合わせください。補償を受けられる方またはその家族が、補償内容が同様の保険契約を他にご契約されているときには、補償が重複することがあります。

今までに「がん」または「上皮内がん」と診断されたことがある場合等は「新規加入」はできません

鹿児島県医師協同組合

引受保険会社 東京海上日動火災保険株式会社

補償内容と1か月あたりの保険料

補償内容

がん診断保険金額	100万円
がん入院保険金(日額)	10,000円
がん手術保険金額 (手術の種類により)	10万円 20万円 40万円
がん退院後療養保険金額	10万円
がん通院保険金(日額)	5,000円
がん重度一時金額	100万円
がん葬祭費用保険金額(本人のみ)	300万円

1か月あたりの保険料

		GAタイプ	GBタイプ	GCタイプ
保険の 対象	本人	○	○	○
	配偶者		○	○
	子供			○
保険料 (月払)	2 0 ～ 2 4 歳	150円	280円	560円
	2 5 ～ 2 9 歳	260円	490円	770円
	3 0 ～ 3 4 歳	510円	960円	1,240円
	3 5 ～ 3 9 歳	780円	1,440円	1,720円
	4 0 ～ 4 4 歳	1,190円	2,170円	2,450円
	4 5 ～ 4 9 歳	1,810円	3,260円	3,540円
	5 0 ～ 5 4 歳	2,750円	4,880円	5,160円
	5 5 ～ 5 9 歳	4,380円	7,680円	7,960円
	6 0 ～ 6 4 歳	6,630円	11,640円	11,920円
	6 5 ～ 6 9 歳	9,280円	16,230円	16,510円
	7 0 ～ 7 4 歳	12,310円	21,270円	21,550円
	7 5 ～ 7 9 歳	15,380円	26,260円	26,540円
	8 0 ～ 8 4 歳	18,450円	31,230円	31,510円
	8 5 ～ 8 9 歳	21,250円	35,710円	35,990円

※ご加入口数は1口のみです。
※年齢は、被保険者（保険の対象となる方）の保険期間開始時（2025年4月1日）満年齢をいいます。

お問い合わせ・お申し込みは

〈お問い合わせ〉

取扱代理店

鹿児島県医師協同組合
FAX : 099-257-1816
TEL : 099-254-8126

メールでの
お問い合わせは →
こちらから



iky-toiwase@kagoshima.med.or.jp

中途加入も随時受付けて
おります。
メールまたはFAXにて
お問い合わせください。

引受保険会社

東京海上日動火災保険(株)
担当課：鹿児島支店営業課
TEL : 099-225-6251

(下記に必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。)

今すぐ
MAIL or FAXで

がん補償制度加入希望書

ご記入日	令和	年	月	日		
ご氏名	生年月日		年 月 日 (満 才)	E-mail	@	
ご住所	〒□□□ - □□□□				鹿児島県	市・郡
連絡先お電話	()		連絡先FAX	()		

☒をお付けください。 ☐ 加入したい ☐ 詳しい説明を聞きたい ☐ 詳しい資料が欲しい ☐ 電話が欲しい

※お問い合わせいただきましたら、東京海上日動火災保険（株）の取扱代理店よりご連絡させていただきます。
取扱代理店は、先生方からご提供いただいた上記、加入希望書記載の個人情報を引受保険会社（東京海上日動火災保険株式会社）より委託を受けて行う損害保険およびこれに付帯・関連するサービスの提供等に利用させていただくことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他、必要と認められる範囲に限定いたします。